

Contribution à l'Etude du Traitement Chirurgical des Absences Congénitales de Vagin

THÈSE

Présentée

à la FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE
de LYON

et soutenue publiquement le 28 Juillet 1959
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Jacques RUTY

Externe en Premier des Hôpitaux de Lyon

Né le 27 Juillet 1931

à LYON



LYON

Imprimerie R. GAUTHIER
35, Rue Viala

1959

Contribution à l'Etude
du Traitement Chirurgical
de l'Absence Congénitale de Vagin



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Contribution à l'Etude du Traitement Chirurgical des Absences Congénitales de Vagin

THÈSE

Présentée

à la FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE
de LYON

et soutenue publiquement le 28 Juillet 1959
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Jacques RUTY

Externe en Premier des Hôpitaux de Lyon

Né le 27 Juillet 1931

à LYON



LYON

Imprimerie R. GAUTHIER
35, Rue Viala

1959

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire.....	M. LÉPINE
Doyen	M. HERMANN
Assesseur	M. LEVRAT

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, GUIART, CADE, PATEL, LEPINE, TRILLAT,
MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, BONNET, GATÉ, MARTIN, GABRIELLE, SANTY

PROFESSEURS

Clinique médicale A	MM. LEVRAT
Clinique médicale B	P. RAVAUT
Clinique chirurgicale A	MALLET-GUY
Clinique chirurgicale B	WERTHEIMER
Clinique Chirurgicale C	BERTRAND
Clinique ophtalmologique	PAUFIQUE
Clinique urologique	CIBERT
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	BRUN
Clinique dermatologique et syphiligraphique	THIERS
Clinique neuro-psychiatrique et Hygiène mentale	DECHAUME
Clinique des maladies infectieuses et Bactériologie	SEDALLIAN
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile	GUILLEMINET
Clinique gynécologique	POLOSSON
Clinique obstétricale	PIGEAUD
Clinique stomatologique	DUCLOS
Clinique médicale infantile et hygiène du 1 ^{er} âge	BERNHEIM
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOUNIER-KUHN
Pathologie médicale et clinique médicale propédeutique	CROIZAT
Physiologie	HERMANN
Anatomie pathologique	GUICHARD
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	PONTHUS
Médecine du travail	(délégué à Beyrouth)
Parasitologie et Pathologie exotique	BOURRET
Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie opératoire	COUDERT
Chimie organique et Toxicologie	ROCHET
Pathologie générale et expérimentale	CHAMBON
Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale	GIRARD P.
Anatomie	DELORE
Chimie biologique et médicale	LATARJET
Pathologie chirurgicale	ENSELME
Histologie	PEYCELON
Pharmacie galénique et matière médicale	NOEL
Médecine légale et déontologie	REVOL
Thérapeutique	ROCHE
Hygiène et action sanitaire et sociale	GIRARD M.
Biologie médicale et Pharmacodynamie	SOHIER
Botanique et cryptogamie	JOURDAN
Chimie analytique pharmaceutique	NETIEN
Pharmacie et Pharmacologie	BADINAND
Traumatologie des membres	DREVON
Cancérologie	CREYSSEL J.
Clinique de prophylaxie Cardio-Vasculaire	DARGENT
	FROMENT

PROFESSEUR (à titre personnel)

Physique nucléaire appliquée à la médecine BERGER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique	MM. BANSSILLON	Bactériologie	MM. BERTOYE A.
Parasitologie	ROMAN	Pharmacie galénique	
Physiologie	CIER J.-F	et matière médicale	DORCHE
	CHATONNET		

MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

Chimie biologique et médi-cale	CREYSSEL R.	Chimie organique et toxicologie	PERROT L.
Histologie	DUMONT L.	Thérapeutique	BRETTE
Physique biologique	MORET	Parasitologie	GARIN J.-P.
Anatomie	DUROUX	Hygiène	THIVOLET Jean
Pharmacie et pharmacologie	CIER A.	Cryptogamie	ODDOUX
Anatomie pathologique	FEROLDI		

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM	MM
Pathologie médicale	Neurologie et Psychiatrie
Cardiologie	Neurologie
Médecine générale	Pathologie chirurgicale
Propédeutique médicale	Pathologie chirurgicale
Pathologie médicale	Obstétrique
Pathologie médicale	Obstétrique
Médecine générale	Obstétrique
Médecine générale	Oto-Rhino-Laryngologie
Pathologie médicale	Urologie
Médecine Générale	Neuro-Chirurgie
Pathologie chirurgicale	Orthopédie
Pathologie chirurgicale	Stomatologie
Chirurgie générale	Electro-radiologie
Chirurgie générale	Pédiatrie et puériculture
Pathologie chirurgicale	Maladies infectieuses
	Médecine du Travail
Pathologie chirurgicale	Pathologie chirurgicale
Chirurgie générale	Médecine légale
Chirurgie générale	Ophtalmologie
Chirurgie générale	Dermatologie

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Président : M. POLOSSON ; Assesseurs : MM. SANTY, PERRIN, GUICHARD.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Au début de cet ouvrage, que tous mes Parents, Amis et
Maîtres trouvent l'expression de mon affection et de ma
reconnaissance.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. POLLOSSON

Il nous a fait l'honneur de nous confier ce sujet de thèse. Nous sommes heureux de lui exprimer ici notre gratitude et nos remerciements pour l'enseignement qu'il nous a dispensé lors de notre stage d'Externe en Premier.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SANTY

Que nous remercions d'avoir bien
voulu siéger dans notre jury et
apporté son aide à ce travail.

MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUICHARD

Nous les remercions d'avoir bien
voulu faire partie de notre jury.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR MALLET-GUY

MONSIEUR LE DOCTEUR CLAVEL

MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIN

MONSIEUR LE DOCTEUR MATHIEU

MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNON

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUICHARD

Externat en Premier :

MONSIEUR LE PROFESSEUR POLLOSSON

MONSIEUR LE PROFESSEUR CIBERT

A MONSIEUR LE DOCTEUR JOSEPH DUBOIS

Qui nous a conseillé au cours de
l'élaboration de ce travail. Qu'il soit
assuré de nos sentiments dévoués et
de nos remerciements sincères.

Contribution à l'Etude du Traitement Chirurgical de l'Absence Congénitale de Vagin

L'absence congénitale de vagin est d'une fréquence relativement faible puisque, d'après la statistique de Lodi elle ne représente que 26 % des malformations vulvo-vaginales et dans la statistique de Counseller on trouve une malformation vaginale pour 5.000 femmes, ce qui ferait environ une absence congénitale de vagin pour 20.000 femmes.

Lorsqu'on étudie cette question on est frappé par l'importance de la bibliographie. En 1936, Schubert rapportait 441 références ; actuellement le chiffre pourrait sans doute être doublé ; mais chaque publication porte rarement sur plus de 3 cas. Il est d'autre part remarquable que quelle que soit la méthode employée, les résultats paraissent presque toujours satisfaisants. A ceci on peut voir trois raisons :

- soit que toutes les méthodes s'avèrent également bonnes, ce qui paraît peu probable ;

- soit que les échecs aient rarement l'honneur de la publication ;

- soit que les auteurs ne se montrent pas suffisamment difficiles dans l'estimation de leurs résultats, ce qui paraît assez fréquent. Il convient en effet d'avoir une certaine objectivité dans l'appréciation des résultats, au besoin des critères constants en plus de la satisfaction du chirurgien de la malade et de son mari dont l'avis est trop souvent négligé.

HISTORIQUE

Cette malformation semble avoir été connue depuis la plus haute antiquité, sans qu'aucune solution n'ait été proposée. Pendant très longtemps une grande confusion due aux limites de la chirurgie a permis de confondre les diaphragmes transversaux, les atrésies, et les agénésies vaginales.

Avec Dupuytren en 1817, apparaît la première tentative, d'ailleurs malheureuse, de traitement. Et ce n'est qu'avec l'asepsie et le développement de la chirurgie à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e qu'apparaît la floraison de méthodes encore employées actuellement, sans qu'aucune ne se soit indiscutablement imposée. En 1905, Baldwin publie 25 cas de néovagin par abaissement d'une anse grêle, méthode reprise et modifiée ensuite par Mori et Constantini. En 1911, Schubert publie la méthode de transplantation rectale. Bold et Ruge préfèrent utiliser l'anse sigmoïde. Pozzi, Heppner et Geist, utilisent des greffes de peau libres ou pédiculées introduites dans le décollement recto-vésical. Brindeau utilise un peu plus tard des greffes amniotiques. Franck utilise une méthode de dilatation instrumentale isolée, simple et patiente. Bien d'autres matériels de greffes ont été proposés avec un résultat plus ou moins heureux.

Nous voyons donc déjà se dégager deux sortes de méthodes : celles qui consistent à remplacer le vagin par un organe creux possédant une muqueuse, l'intestin le plus souvent, et celles qui consistent à épidermiser d'une façon ou d'une autre l'espace cruenté créé par le décollement recto-vaginal.

Il y a également deux grandes idées qui dominent ces discussions entre les partisans de ces deux méthodes : c'est tout d'abord le désir d'avoir un résultat anatomique et fonctionnel aussi parfait que possible, et d'autre part de ne pas faire courir de danger vital à une femme sous prétexte de lui faire un vagin. L'idéal serait donc d'être efficace et bénin, ce qui paraît difficilement réalisable actuellement.

ETUDE ANATOMIQUE

1° *Habitus* : le premier point essentiel à préciser est que l'aspect morphologique de ces femmes est presque toujours typiquement féminin, ce qui explique qu'un grand nombre de ces malades ait reçu tout d'abord un traitement hormonal pour aménorrhée. En effet, la stature, l'adiposité et la pilosité sont de type parfaitement féminin, ainsi que l'élégance et la coquetterie ou autres qualités considérées comme féminines.

2° *Les organes génitaux externes* : l'examen plus spécialement gynécologique montre des seins développés, des petites et des grandes lèvres normales, un clitoris de volume et d'implantation variable mais normal, l'orifice urétral semble dans la majorité des cas plus postérieur que normalement. Il est également remarquable et intéressant pour l'embryologie de noter la présence presque constante de la membrane hyménéale.

3° *Le vagin* : l'examen peut montrer plusieurs aspects différents :

— soit un périnée uni de l'orifice urétral à l'anus sans aucune ébauche vaginale ni dépression ;

— soit une petite fossette de 1 cm de profondeur ;

— avec tous les intermédiaires jusqu'à une dépression assez souvent rencontrée de 3 à 4 cms de profondeur, pouvant permettre un coït incomplet.

4° *Les organes génitaux internes* : tels qu'on les découvre à la laparotomie participent le plus souvent à l'agénésie.

L'existence d'un utérus valable, pouvant donner l'espoir d'une grossesse ultérieure est une éventualité exceptionnelle : dans la statistique de Schubert : 9 fois sur 158 malades.

Le plus souvent on trouve un petit utérus rudimentaire du volume d'une fève ou même deux petits héli-utérus atrophiques reliés par un cordon fibreux. Ces ébauches utérines peuvent présenter une cavité d'hématométrie sans doute responsable des crises douloureuses abdominales périodiques que l'on retrouve assez souvent dans l'histoire clinique de ces malades.

5° *Ovaires* : De ces utérus partent des trompes aboutissant à des ovaires généralement normaux. L'absence ou la présence de ces ovaires détermine l'existence de deux catégories de malades que nous étudierons dans les indications opératoires. Comme nous le verrons, l'embryologie explique que l'agénésie ne porte que sur l'utérus et le vagin, laissant les ovaires normaux.

6° *Malformations associées* : Dans cette étude anatomique il reste à envisager les malformations associées et en particulier les malformations réno-urétérales dont la fréquence s'explique par la commune origine embryologique. On retrouve avec une égale fréquence les reins ectopiques et les reins uniques : Counseller trouve des anomalies réno-urétérales dans presque la moitié de ses cas ; Lartigaud, un rein unique sur 6 observations. Personnellement nous avons trouvé 3 anomalies sur les 21 observations que nous publions : un rein unique en position pré-sacré, une agénésie unilatérale de tout un arbre urinaire, et un rein ectopique pelvien, l'autre étant en place dans la fosse lombaire. Il n'en reste pas moins que ces anomalies doivent être systématiquement recherchées par U.I.V.

Les autres malformations semblent très rares et les observations publiées n'en mentionnent pratiquement pas, si ce n'est dans la littérature médico-légale, chez des monstres non viables, où l'absence de vagin rentre dans un cortège d'autres malformations et dépasse le cadre de notre étude.

L'étiopathogénie et le caractère familial de cette affection ne semblent pas avoir intéressé les auteurs : Counseller rapporte cependant un cas où il a découvert dans la famille de la malade une autre absence de vagin. Ferris et Da Costa rapportent chacun un cas de femme porteuse de cette affection dont la sœur jumelle était normale.

Rien de bien utile dans l'étude de ces malformations associées : malformations rénales mises à part. Une étude très détaillée dans la thèse de Malinas (Paris, 1951) permet de s'en convaincre.

ETUDE EMBRYOLOGIQUE

A plusieurs reprises nous avons signalé que l'embryologie expliquait ces malformations. Un bref exposé de l'embryologie du système génital féminin nous permet de la comprendre. Cette embryologie n'est pas encore définie d'une façon précise et plusieurs opinions se partagent les faveurs des différents auteurs.

— Les uns prétendent que le vagin possède une origine unique (Mullerienne Wolfienne ou sinusale).

— Les autres pensent que la partie haute du vagin est Mullerienne, la partie basse provenant du sinus uro-génital ou du canal de Wolff.

La conception ancienne, expliquant bien les diverses malformations était la suivante : la partie supérieure du canal de Müller donne les trompes. La partie moyenne, en s'accolant forme le cordon génital qui se perméabilise vers le 3^e mois pour former l'utérus et la partie supérieure du vagin : la partie inférieure du vagin et l'hymen proviennent du sinus uro-génital. Les ovaires qui sont d'origine Wolfienne sont indépendants des formations précédentes.

Pour séduisante que soit cette conception elle ne semble plus admise par les auteurs modernes : ceux-ci pensent que la partie supérieure du vagin dérive de ce que Hart appelait les « villosités Wolfiennes », il s'agirait d'une formation épithéliale dont le tiers supérieur serait Wolfien et les deux tiers inférieurs Mullerien. Cette opinion semble actuellement généralement admise et les discussions ne portent plus que sur l'importance relative qu'il faut accorder aux formations Mulleriennes et Wolfiennes.

ETUDE CLINIQUE

Dans ce paragraphe nous envisagerons les conditions du diagnostic, simples si l'on sait penser à l'agénésie vaginale et si l'on pratique un examen gynécologique complet et nous verrons ensuite les affections qui peuvent simuler une agénésie.

Les conditions du diagnostic : On peut être amené à porter le diagnostic d'absence congénitale de vagin devant deux sortes de malades :

— soit qu'il s'agisse d'une fillette au voisinage de la puberté, amenée par ses parents pour aménorrhée primaire. Il s'agit du cas le plus fréquent et Kaeser estime dans sa statistique sur les aménorrhées primaires que 3 aménorrhées sur 10 sont dues à une malformation anatomique. Ce cas est le plus fréquent mais le diagnostic n'est possible que si l'on examine la malade ;

— soit d'une jeune fille ou d'une jeune femme qui consulte pour copulation impossible. La littérature est assez prolifique sur ces lendemains de nocce catastrophiques et fait largement mention également de cas heureusement plus rares où un coït aberrant amène la malade à consulter pour cystite avec ou sans incontinence, rectite ou même stérilité !...

Dans tous ces cas il convient de préciser de façon détaillée l'habitus et le développement des organes génitaux externes, l'examen vulvaire doit être soigneux, le toucher rectal recherche le vagin et l'utérus et à l'interrogatoire la recherche de crise douloureuse ovulatoire ou menstruelle, associée au développement des caractères

sexuels secondaires permettra de présumer la présence ou l'absence des ovaires.

Il est facile d'éliminer un hémato-colpos : rien ne passe entre les petites lèvres et le toucher rectal ne montre aucune tumeur pelvienne.

Il faut encore éliminer les vices d'implantation du vagin qui peut se faire dans le rectum mais le plus souvent dans la vessie, se traduisant par l'émission périodique d'urines sanglantes.

Il peut être plus difficile de distinguer les absences de vagin vraies et complètes des cas où le vagin est réduit à son segment supérieur et tenu à distance de la vulve par une importante épaisseur de tissu qui empêche de la percevoir au toucher rectal. Ces cas sont plus faciles à traiter et ont été confondus avec les premiers par quelques auteurs dont Baer et Da Costa.

INDICATION OPERATOIRE

Le diagnostic d'absence congénitale de vagin étant posé de façon certaine, l'indication opératoire, elle, est loin d'être absolue. Le chirurgien doit tout d'abord explorer la disposition de l'appareil réno-urétéral de sa malade. Enfin et surtout le chirurgien doit explorer le psychisme de sa malade et se rendre compte de ses desiderata et de ses impulsions sexuelles.

Physiologiquement et anatomiquement il existe deux sortes de malades :

— celles qui n'ont pas d'ovaires, elles sont rares, les caractères sexuels secondaires ne se développent pas, l'instinct sexuel est presque toujours inexistant, ce qui explique que de telles malades ne viennent pas solliciter du chirurgien une intervention qui leur permettrait d'avoir une vie conjugale : un certain nombre d'entre elles préfèrent entrer dans la vie religieuse. Dans ce cas il n'y a donc pas de problème d'indication opératoire ;

— à l'opposé, les jeunes filles qui ont des caractères sexuels secondaires nets avec impulsion sexuelle et qui consultent pour aménorrhée ou pour échec d'une tentative amoureuse désirent le plus souvent que l'on répare leurs malformations.

Mais, dans cette dernière catégorie, le retentissement psychique de la malformation est encore très variable suivant les individus ; certaines ont un psychisme normal : femmes compréhensives et coopérants, jugeant leurs malformations et désirant l'intervention, l'indication peut alors être posée avec de grandes chances de succès ;

— d'autres femmes ont des syndromes dépressifs avec complexes de castration ou de frustration ; ces femmes demandent très vivement l'intervention, menaçant parfois de se suicider. Pour ces malheureuses on peut penser que la création d'un vagin est un traitement étiologique et qu'il guérira également ces complexes. De nombreux auteurs ne sont pas de cet avis et pensent qu'avec un tel psychisme on va vers un échec par abandon des soins post-opératoires surtout si l'on a choisi de faire une greffe nécessitant parfois des séances de dilatation pénibles et prolongées.

L'indication opératoire pose des problèmes également délicats en cas de castrats ou d'ambigus sexuels ; il faudra alors considérer et concilier le sexe social et le sexe chromatinien, les données de la coélioscopie, de la laparotomie et de la biopsie.

De toute façon, nous voyons clairement que l'indication opératoire ne doit être posée que sur le désir formel de la malade et après lui avoir exposé nettement les risques opératoires et les résultats escomptés.

Il reste un dernier point à préciser dans ce chapitre, c'est la date et les conditions de l'intervention : la majorité des auteurs pensent qu'il faut attendre que la jeune fille soit fiancée, un usage précoce et fréquent du néo-vagin étant souhaitable pour obtenir un résultat satisfaisant. Le fiancé, à condition qu'il soit mis au courant et compréhensif, est ainsi un collaborateur important. Mais il faut cependant reconnaître que l'absence de vagin peut être un obstacle important à la découverte d'un fiancé et l'on peut être amené à réparer d'abord la malformation en espérant que le fiancé viendra après.

LEGITIMITE DE L'INTERVENTION

La légitimité de l'intervention est le dernier point qu'il nous reste à envisager dans ces chapitres d'introduction. En effet, peut-on intervenir, peut-on réparer cet « oubli de la Nature ». A première vue cela ne fait pas de doute si la femme le désire et si l'on a les possibilités techniques. Cependant on peut se demander si l'on peut faire courir un risque à une femme sous prétexte de lui fournir un « logement à pénis » selon l'expression de Forgues. Si la femme le désire expressément : oui ; d'autant plus que les progrès de la chirurgie, de l'anesthésie et de la réanimation permettent d'envisager plus sereinement des interventions qui, il y a 50 ans, au moment où elles ont été décrites, pouvaient passer à juste titre pour périlleuses : il suffit de se reporter à notre statistique des opérations de Schubert pour se convaincre de la légitimité de l'intervention sur le plan technique.

Il reste à envisager le point de vue moral, religieux et juridique. Du point de vue moral il n'y a pas de tromperie de la part du chirurgien, la femme est mise au courant des résultats et choisit librement ; d'autre part, c'est à la femme à mettre au courant son fiancé. Juridiquement il en est de même : le mari non prévenu avant le mariage ne peut s'en prendre qu'à sa femme : le chirurgien doit cependant conseiller à sa malade de prévenir son fiancé, ne serait-ce que de sa stérilité. Du point de vue religieux il n'y a aucune opposition : la religion catholique ne s'oppose pas à l'intervention, car « elle permet de réaliser au moins une des fins du mariage, c'est-à-dire la séduction de la concupiscence ». La religion protestante est aussi libérale. Quant à la religion musulmane, elle autorise l'intervention « si elle donne satisfaction au mari ! ».

METHODES THERAPEUTIQUES

Les méthodes chirurgicales sont nombreuses, mais en fait il s'agit de variantes autour de deux principes différents permettant de grouper ces méthodes en deux chapitres distincts :

— les unes dissèquent une néocavité dont elles espèrent l'épithélisation spontanée ou qu'elles recouvrent d'une greffe quelconque (greffe cutanée, amniotique, hétéro-greffe...) ;

— les autres font appel au matériel intestinal, qu'il s'agisse de l'intestin grêle, du sigmoïde ou du rectum.

Nous décrirons ces différentes méthodes en développant plus particulièrement celle qui nous semble donner les plus beaux et plus constants résultats : l'utilisation du rectum selon le principe de Schubert, mais avec une technique modifiée.

Auparavant il importe de mentionner :

LA METHODE DE R.T. FRANK

Cet auteur reprend la technique d'Amussat puis de Moreau, de pressions progressives sur le périnée.

A vrai dire, il ne s'agit pas d'une méthode à proprement parler mais d'un simple bougirage qui prétend invaginer vers le haut la muqueuse vestibulaire pour la transformer en diverticule. Ce bougirage est fait grâce à un mandrin dont la malade fait usage elle-même au cours de courtes séances régulièrement répétées.

Il nous semble que ce procédé est peut-être valable lorsqu'il existe déjà une ébauche vaginale sous forme d'une profonde dépression vulvaire de 5 à 6 cm de profondeur, mais qu'il est inutilisable en cas d'absence vraie du vagin.

En fait, les seuls procédés valables sont les méthodes sanglantes. Leur multiplicité est grande mais elles se ramènent, nous l'avons dit, à deux principes :

- dissection simple d'une néocavité ;
- ou plastie intestinale.

I. — Création d'un néo-vagin

Le principe est de rétablir une cavité vaginale par *dédoublement* chirurgical de la cloison qui existe entre l'urètre et la vessie en avant, le rectum en arrière ; le deuxième point est de maintenir la béance de cette cavité artificiellement disséquée.

1° Dissection du néo-vagin :

Il s'agit d'un clivage minutieux de l'espace recto-urétro-vésical ; clivage fait de proche en proche, aux ciseaux, aux tampons montés, aidé du repérage de l'urètre par une sonde.

Cette dissection est en général aisée sur des tissus souples, mais il faut savoir la fragilité de l'urètre et la plus grande attention est de mise pour éviter sa blessure.

Nous n'avons pas eu d'ennuis de cet ordre mais par contre (Obs. D), une minime plaie rectale facilement réparée et sans suites lointaines.

Variante :

C'est tout à fait par hasard, à la suite de l'impossibilité par l'un de ses assistants, de disséquer cet espace recto-vésical, que Shirodkar a tenté, puis décrit, une variante à ce temps de clivage. Elle consiste à disséquer non plus l'espace médian entre rectum et urètre puis vessie, mais

à utiliser l'espace cellulaire latéral, droit ou gauche, entre vessie, rectum et releveur de l'anus. La dissection se fait dans un tissu beaucoup plus lâche, éloigné du danger urétral, ce qui en outre permet plus facilement le bougirage post-opératoire par moule, sans crainte de nécrose de la paroi postérieure de l'urètre. Dans sa publication de 1952 Shirodkar dit avoir utilisé 4 fois en tout ce plan de clivage dont il vante la facilité.

2° Certains auteurs se contentent de maintenir béante la cavité par une bougie ou des tamponnements.

— Wells et Wharton utilisent un mandrin de balsa ou de paraffine coiffé d'un préservatif.

— Kleitsmann et Schmidt-Elmendorf emploient des tamponnements garnis de vernis caséosa renouvelés pendant 6 semaines.

— Sicard a repris récemment cette idée et attend l'épithélialisation spontanée du dédoublement recto-vésical dont il assure simplement le calibrage par une bougie.

Les soins post-opératoires sont longs : la bougie, enlevée chaque jour pour un lavage, est maintenue en permanence pendant six mois, puis, les six mois suivants, la nuit seulement. L'auteur rapporte, en 1954, 7 résultats parfaits avec apparition, sur les frottis, de cellules œstrogéniques.

3° En général, la plupart des techniques nécessitent le comblement de la néo-cavité par des greffes soit préparées d'avance, soit prises extemporanément. Les variantes tiennent avant tout au type de greffe utilisée.

a) *Greffes autoplastiques pédiculées.*

— Grad utilise une greffe pédiculée à lambeau unique découpée à la face interne d'une cuisse et mobilisée en plusieurs temps. Lorsque la greffe est vivace, la néo-cavité vaginale est alors créée, la greffe est mobilisée de nouveau, roulée sur une prothèse, et introduite dans l'espace inter-vésico-rectal. Le pédicule est ensuite sectionné très progressivement.

— Frank et Geist utilisent un procédé voisin qui ne diffère que par la technique de prélèvement de la greffe : lambeau tubulé avec suture immédiate de la zone de prélèvement.

Plusieurs auteurs emploient deux lambeaux : Beck, Fraenkel, Matveiev, Sicard, mais le principe est le même de greffe pédiculée.

b) Greffes de peau libre :

Cette technique consiste simplement à habiller une prothèse mince, de peau libre :

— soit plusieurs longues lanières de peau selon la méthode de Mac Indoë, utilisée dans les pays anglo-saxons, et Flynn la réalise dès 1915 ;

— soit lambeau unique (Kirschner et Wagner) ;

— actuellement, la technique de Lagrot permet le prélèvement d'une greffe de qualité : grand lambeau unique d'une extrême minceur. Ce lambeau est ensuite étalé et enroulé sur un moule de gaze vaselinée et l'ensemble est introduit dans la néo-cavité. La préparation et les soins post-opératoires font appel aux antibiotiques et aux dérivés cortisoniques pour éviter infection et sclérose.

Trois de nos observations (Obs. D, E, F) correspondent à cette technique avec des résultats corrects.

c) Greffes cutanéomuqueuses :

Elles sont prélevées à la région vulvaire au niveau des grandes lèvres, des petites lèvres et de l'hymen et insinuées puis suturées dans le néo-vagin :

— Jewett (1904) ;

— Graves (1916) ;

— Davis et Gron (1928) ;

— Grossmann (1939) ;

— Falls (1940).

d) *Hétérogreffes* :

Citons pour mémoire les greffes de prépuce ou de muqueuse vaginale prélevées au cours d'un traitement de prolapsus.

Brindeau, en 1934, fut le promoteur de l'emploi des membranes ovulaires prélevées aseptiquement au cours d'une césarienne.

Elles sont utilisées immédiatement, amnios en dedans, et disposées dans la néo-cavité où elles sont fixées par quelques points et maintenues quelques jours par un tamponnement ou un moule en caoutchouc.

Notre Observation A correspond à ce procédé de Brindeau, mais une suppuration fut cause de l'expulsion du moule et le bon résultat est donc dû paradoxalement à un échec de cette méthode.

II. — Plasties intestinales

La valeur anatomique et fonctionnelle des plasties intestinales est assurée par le matériel utilisé car la présence d'une muqueuse s'oppose à la rétraction.

Plusieurs techniques doivent être envisagées suivant qu'est utilisé l'intestin grêle, le sigmoïde ou le rectum. Nous nous étendrons particulièrement sur l'opération de Schubert utilisant le rectum, dont nous rapportons 18 observations et nous développerons les modifications apportées par Cotte, Santy puis Pollosson à la technique initiale de l'auteur.

I. — *Utilisation de l'intestin grêle.*

Baldwin en 1904 abaisse à l'orifice vulvaire la convexité d'une anse grêle accolée en U, en canon de fusil.

L'intervention est longue :

— dissection de l'espace inter-vésico-rectal ;

— temps abdominal pour isoler une anse à mésentère suffisamment long, rétablir la continuité intestinale, fermer les deux moignons de l'anse, exclure celle-ci dans l'espace creusé au premier temps, puis péritoniser ;

— ouverture enfin de l'anse abaissée au niveau de son bord libre et suture de l'orifice vulvaire. On obtient ainsi un vagin constitué par un grêle accolé en canon de fusil : vagin long antérieur, vagin court postérieur. Si un rétrécissement apparaît, la section de l'accolement permet l'agrandissement du vagin qui devient alors unique.

Mori en 1909 modifie le procédé de Baldwin en abaissant directement l'une des extrémités de l'anse, ce qui étire plus encore le mésentère et les vaisseaux.

Constantini ne sectionne pas le mésentère pour assurer une meilleure vascularisation de l'anse et éviter le sphacèle.

Des complications peuvent grever le procédé de Baldwin : risques de péritonite, de sphacèle de l'anse. Au point de vue fonctionnel, la sécrétion exagérée de l'iléon peut être gênante.

II. — *Utilisation du côlon sigmoïde :*

— Albrecht :

Albrecht le premier se servit de l'anse sigmoïde pour tapisser le néo-vagin. Cette opération se faisait par voie sacro-périnéale, mais les résultats étaient très mauvais. Un peu plus tard, Bold et Ruge, décriront une technique précise qui, depuis, a été fréquemment employée.

— Opération de Bold et Ruge :

1° Temps périnéal : Création d'un canal inter-vésico-rectal.

2° Temps abdominal : Laparotomie médiane. On reconnaît le méso-sigmoïde et ses arcades vasculaires. L'artère sigmoïdienne et l'artère colique gauche inférieure sont liées s'il le faut. On sectionne l'intestin vers l'union de l'anse sigmoïde et du rectum. Les deux bouts sont fermés et

enfouis. On sectionne alors le méso-sigmoïde tout en conservant les arcades vasculaires qui restent alimentées par la C.G.S. L'anse ainsi mobilisée est abaissée dans le bassin et l'on établit une anastomose latéro-latérale entre la partie supérieure de cette anse et la portion recto-sigmoïdienne. Au-dessous de cette anastomose qui rétablit la continuité du tube colique, on écrase et sectionne l'intestin tout en respectant l'intégrité du méso-sigmoïde. Les deux bouts sont alors liés en bourse et enfouis : ainsi se trouve réalisée l'exclusion de l'anse abaissée.

3° Temps périnéal : Le bout colique est attiré, ouvert et suturé à l'orifice vulvaire.

III. — *Utilisation du rectum :*

C'est à Schubert que revient le mérite d'avoir codifié la première technique précise de plastie rectale, technique qu'il décrit en 1936 après en avoir opéré plus de 150 cas.

La valeur de cette technique nous incite à la développer plus longuement en décrivant d'abord le procédé initial de l'auteur, puis les modifications que MM. Cotte, puis Santy et Pollosson, proposent :

a) *Technique initiale de Schubert :*

Le principe de l'intervention, qui reste extra-péritonéale, est la dissection du rectum à l'intérieur de sa gaine fibreuse.

Le premier temps consiste à aviver la région vestibulaire en réséquant la muqueuse sur une étendue de un centimètre de diamètre environ.

La muqueuse anale est incisée au niveau de la ligne ano-cutanée comme dans l'opération de Whitehead ; elle est libérée, ainsi que le bas rectum, sur 3 à 4 centimètres. Un passage est alors créé à travers le tissu œllulaire et la portion terminale du rectum ainsi disséquée est alors transplantée dans l'orifice vestibulaire.

Le deuxième temps consiste à libérer le rectum par voie coccygienne. Après incision médiane, résection du coccyx, incision de l'aponévrose des releveurs, on ouvre, et c'est là le point essentiel de la technique de Schubert, la gaine fibreuse du rectum de façon à poursuivre, à l'intérieur même de celle-ci, le décollement du rectum.

Cette dissection, (aux petits tampons, au dissecteur) est d'abord circulaire, faite avec grande minutie, et, lorsqu'on a réussi à faire le tour complet de l'intestin, le décollement en haut et en bas se poursuit avec beaucoup plus d'aisance. « Le fait d'être en dedans de cette gaine fibro-séreuse, explique qu'on n'ait à peu près pas d'hémostase à faire ».

Lorsque la mobilisation paraît suffisante, section de la paroi intestinale à 10-12 cm au-dessus de la vulve, fermeture du bout inférieur et abaissement du bout supérieur (à travers un tube de verre, recommande Schubert, pour éviter l'infection du trajet, précaution qui paraît inutile actuellement grâce aux possibilités de préparation).

Fixation de la paroi rectale aux releveurs, quelques points de suture sur la gaine du rectum en laissant drain et mèche au contact.

La reconstitution de l'anus, unissant le rectum au sphincter puis suturant la muqueuse à la peau, termine l'intervention, après avoir remis la malade en position gynécologique.

La difficulté de cette technique réside précisément dans ce qui fait son avantage : la dissection à l'intérieur de la gaine, « ce décollement étant particulièrement laborieux et délicat » écrivaient Cotte et Santy en 1948.

Il semble que l'on soit loin de la description théorique et de sa facilité, en dehors d'une expérience apportée par le nombre.

En fait, d'ailleurs, cette gaine n'est pas une entité anatomique, et ne correspond pas à une membrane fibreuse que l'on s'attendait à trouver. Elle n'est qu'une condensation du tissu cellulaire péri-rectal.

C'est pourquoi Cotte et Santy avaient, dès 1944, apporté quelques modifications à cette technique initiale.

b) *Technique de Schubert modifiée : Cotte et Santy.*

Cette opération décrite dans le Lyon-Chirurgical de 1948, comporte comme particularité principale, l'ouverture du cul de sac de Douglas.

Le premier temps de transplantation de l'anus ou niveau du vestibule, est identique.

La malade est alors mise en position de Depage (mise à plat sur le ventre, coussin sous le bassin, cuisses écartées et déclives pour le second temps.

Après incision médiane et résection du coccyx, le rectum est libéré vers le haut et sur les côtés mais sans chercher à en faire le tour. Puis le péritoine est ouvert, son repérage n'étant d'ailleurs pas toujours très aisé, la face antérieure du rectum est alors cravatée et la dissection est alors poursuivie beaucoup plus facilement. Les vaisseaux hémorroïdaux supérieurs peuvent gêner parfois l'abaissement du recto-sigmoïde. En général il est possible de les mobiliser suffisamment, mais dans quelques cas l'hémorroïdale supérieur a dû être sectionné en conservant l'arcade bordante.

Les temps ultérieurs ne comportent comme additum que la fermeture du cul de sac de Douglas.

En somme cette modification de technique s'apparente beaucoup plus avec la chirurgie classique du rectum, ouvrant le péritoine, utilisant les plans de clivage, qu'avec la dissection minutieuse de Schubert au contact même de la paroi rectale.

Mais cette technique même resté malaisée ; la libération du recto-sigmoïde, malgré la bonne vue que fournit la position de Depage, se fait dans la profondeur à bout d'instruments ; les gestes sont difficiles ; des difficultés de mésos peuvent se présenter. —

C'est pourquoi Santy et Pollosson ont songé à utiliser le temps abdominal de vérification gynécologique pour y

adjoindre, par voie haute, la libération et l'abaissement de l'intestin.

C — Technique actuelle : Santy - Pollosson.

L'intervention comprend trois temps différents :

— *Temps abdominal ;*

— Incision de Pfannenstiel ;

— Exploration du petit bassin, bilan gynécologique suivi des gestes nécessités par les constatations ;

— Exploration de l'S iliaque, du méso sigmoïde et des possibilités d'abaissement. En effet, si la radiologie permet de connaître à titre pré-opératoire l'étoffe intestinale dont on peut disposer, elle ne renseigne nullement sur l'anatomie du méso et sa brièveté peut être cause de grandes difficultés dans les libérations par voie basse ;

-- Abaissement du recto-sigmoïde. Le péritoine est incisé en fer à cheval sur les deux faces du méso-sigmoïde qui est libéré en disséquant les pédicules vasculaires pour permettre leur mobilisation. Le décollement présacré est poursuivi jusqu'au plancher pelvien. L'S iliaque ainsi libéré est alors tassé dans la concavité sacrée.

— Une péritonisation haute termine ce temps abdominal, mais il faut insister sur l'intérêt de péritoniser le plus haut possible sur le sigmoïde pour ne pas être gêné, lors du dernier temps, par une péritonisation qui tire.

— *Temps périnéal et temps coccygien.*

Ces deux temps peuvent être réalisés en deux positions différentes de l'opérée : position gynécologique puis position de Depage ou, pour éviter une troisième mobilisation de la malade, sous la même position.

La position gynécologique rend plus laborieux l'abaissement intestinal. Aussi, actuellement MM. Santy et Pollosson préfèrent utiliser la seule position de Depage telle que nous l'avons décrite plus haut.

— La fossette vulvaire est avivée, une pastille muqueuse est réséquée. Le tissu cellulaire est disséqué en direction du rectum.

— La muqueuse de l'anus et du canal anal est libérée par dissection intra-sphinctérienne.

— Enfin le bas rectum est disséqué sur quelques centimètres en ménageant l'intégrité de sa paroi.

— Le canal anal est alors poussé en avant au travers de l'orifice vulvaire et une suture minutieuse de la muqueuse anale à la muqueuse vulvaire est faite aux points séparés.

— Le temps coccygien suivant utilise une incision rétro-anale médiane, commençant à 2 centimètres environ en arrière de l'anus et dépassant le coccyx qui est désarticulé.

— L'aponévrose du releveur est incisée et le décollement fait par l'abdomen est très facilement retrouvé. Il est aisé d'abaisser l'S iliaque tassé dans la concavité sacrée.

— Le recto-sigmoïde est sectionné entre deux clamps à 15 - 16 centimètres du périnée.

— Le bout inférieur est suturé en deux plans à points séparés.

— Le bout supérieur est abaissé à travers le sphincter, sa séreuse est suturée au tissu cellulaire pour amarrer l'intestin et éviter les tiraillements ; puis une suture minutieuse aux points séparés unit la paroi intestinale avec sa muqueuse, à la marge de l'anus.

— L'incision rétro-anale est fermée sur une simple lame de drainage et antibiotiques locaux.

OBSERVATIONS

Nous rapportons 24 observations :

— Les 18 premières (numérotées de 1 à 18) sont des observations de néo-vagin par la méthode de Schubert, elles sont dues à Monsieur le Professeur Pollosson et à Monsieur le Professeur Santy : les 13 premières ont déjà été publiées et sont seulement résumées ici ; les 5 dernières n'ont jamais été publiées et d'autre part l'intervention a été faite suivant la technique modifiée par M. le Professeur Santy et M. le Professeur Pollosson. Pour celles-ci seulement nous préciserons le compte-rendu opératoire.

— Les 6 autres observations (numérotées de A à F) font état de néo-vagin par greffes diverses, elles ont déjà été publiées dans la Thèse de Philippe (1954), aussi les avons-nous seulement résumées.

OBSERVATION N° 1

Fle... Nicole, 17 ans. Opération de Schubert, mars 1944.

Examens pré-opératoires :

Caractères sexuels secondaires : normaux ; douleurs abdominales périodiques, siégeant dans la F.I.D.

Aménorrhée.

Vulve : bien développée, un bourrelet frangé entoure les 3/4 inférieurs de l'urètre, donnant l'impression d'un hymen : en dessous le vestibule est comblé et ne présente aucune dépression.

Pfannenstiel, novembre 1942 : Appendicectomie ; absence d'utérus et de vagin ; de chaque côté, trompes et ovaires bien formés, ceux-ci même assez volumineux ; de chaque côté, sur le bord interne, il y a un cordon qui vient se souder avec celui du côté opposé, mais on ne voit pas de corps utérin nettement individualisé.

Intervention : Opération de Schubert, mars 1944 (P. Cotte, P. Santy).

Suites opératoires : fébriles.

Un mois après : l'entrée du vagin admet juste le petit doigt.

Mise en place d'un tube de caoutchouc pour assurer la dilatation.

15 juin 1944 : sort du service avec une fistule intestinale qui n'est pas encore fermée.

Fin juin : fistule fermée.

Résultats lointains :

En 1955 : a continué à se dilater chez elle jusqu'au mariage, en septembre 1945.

Interrogatoire : malade très satisfaite ; rapports normaux et agréables. Recommencerait si besoin. Se plaint seulement d'absence de besoin de défécation.

L'aspect de la vulve est parfait : « un gynécologue s'y tromperait ».

Le sphincter anal serre mal, mais les releveurs serrent bien ; bon périnée. Se présente spontanément 3 fois par jour à la garde-robe.

Donc très bon résultat, femme et mari entièrement satisfaits ; veulent adopter un enfant.

OBSERVATION N° 2

Dus... Michèle, 20 ans. Opération de Schubert : février 1945.

Examens pré-opératoires :

— Caractères sexuels secondaires : normaux.

— Douleurs abdominales mensuelles.

— Aménorrhée.

— Enurésie guérie à 18 ans par injections épidurales.

— Pfannenstiel : janvier 1945. Appendicectomie. Deux petits utérus rudimentaires donnant insertion à un beau ligament rond et réunis l'un à l'autre par un cordon fibreux transversal. De chaque côté, trompes saines à développement normal. A gauche : kyste dermoïde de l'ovaire ; ablation. A droite : ovaire normal.

Intervention : Opération de Schubert, février 1945 (P. Cotte, P. Santy).

Suites opératoires immédiates : simples.

Mars 1945 : dilatation vaginale : bougie n° 18 ; dilatation orifice anal qui présente un petit cercle cicatriciel.

Résultat lointain :

Avril 1950 : incontinence des matières et des gaz ; fistule recto-vaginale aux gaz ; petite fistule de cicatrice sacrée.

Juillet 1955 : l'interrogatoire de la malade apprend son drame. A l'âge de 20 ans, elle voulait entrer dans les ordres et ne consultait que pour ses douleurs abdominales mensuelles. Ne se plaint plus que d'incontinence des gaz.

L'aspect de la vulve est décevant : cloisonnement vaginal presque complet : on ne peut passer un doigt.

Anus sclérosé et rétracté.

Dilatations instrumentales progressives.

Juin 1959 :

Vagin normal.

Malade et mari satisfaits.

Résultat sphinctérien médiocre ; la malade sent le besoin d'aller à la selle, mais il persiste une minime incontinence aux gaz et à l'examen un rétrécissement sus-sphinctérien admettant l'index.

OBSERVATION N° 3

Mal... Léa, 22 ans. Opération de Schubert, avril 1945.

Examens pré-opératoires :

Consulte avant le mariage : pas de seins, pas de vagin, pas de règle, clitoris très développé.

Opérée en 1940 : hernies inguinales ; ablation de deux testicules, avec vérification histologique.

Intervention : Opération de Schubert, avril 1945 (P. Cotte, P. Santy).

Suites opératoires :

— Mai 1945 : dilatation vaginale : bougie n° 13.

— Fin mai : incision de l'urètre périnéal dans toute son étendue avec suture de la gouttière aux grandes lèvres. Enlèvement du clitoris ; dilatation du néo-vagin : bougie 30.

Résultats lointains (juillet 1955) :

— Interrogatoire : femme satisfaite ; se ferait réopérer ; rapports sans efforts ni jouissance vraie : jouirait mieux avec un clitoris plus près de l'orifice vaginal. Se contente de

faire plaisir à son mari ; se déclare cependant heureuse en ménage.

— Aspect vulvaire : périnée de type masculin avec grande distance entre clitoris et néo-vagin.

— Sphincter anal : aucun trouble n'est signalé ; petit évernement de la muqueuse anale.

— Donc résultat excellent pour un « castrat ».

OBSERVATION N° 4

Pug... Opération de Schubert, mai 1946.

Examens pré-opératoires :

Aménorrhée, aucune douleur abdominale mensuelle.

Dépression nerveuse, idées de suicide en apprenant sa malformation : on lui avait dit qu'il n'y avait rien à faire.

Intervention : Opération de Schubert, mai 1946 (P. Santy).

Suites opératoires :

Petite fistule ; juin 1946 : échec de la cure.

Septembre 1946 : succès.

Petite fistule coccygienne également.

Résultats lointains :

— Interrogatoire : femme enchantée ; se referait sûrement opérer « plutôt cent fois qu'une ». Mari enthousiaste : veulent adopter un enfant.

Mariée en avril 1948 : 2 ans après l'intervention, les rapports sont actuellement normaux avec orgasme. Cependant, envies fréquentes d'aller à la selle, jusqu'à 10 fois par jour.

— Vulve : normale, vagin rose et souple, profond de 13 cm., admet 2 doigts.

— Anus : petit polype muqueux à l'effort.

— Donc, très bon résultat.

OBSERVATION N° 5

Bon..., 28 ans. Opération de Schubert, novembre 1946.

Examens pré-opératoires :

— Aménorrhée et douleurs abdominales mensuelles.

— Malade inquiète : masturbation avec complexe de culpabilité ; relation amoureuse avec jouissance (?).

— Appels génitaux ; aurait voulu un utérus utilisable.

Intervention : Opération de Schubert, novembre 1946.

Suites opératoires : Simples.

Résultat lointain :

Aspect de la vulve : « un gynécologue s'y tromperait ».

Anus : petit prolapsus muqueux, mais contracte bien son sphincter.

Femme non mariée : intellectuelle ambitieuse et insatisfaite ; donc très bon résultat organique, mais échec psychique.

OBSERVATION N° 6

Hug... Josette, 20 ans. Opération de Schubert, janvier 1947.

Examens pré-opératoires :

— Caractères sexuels normaux.

— Pas de douleurs abdominales.

— Lèvres légèrement atrophiées ; il existe une sorte de cul-de-sac de 1 cm., puis on est arrêté par le rideau vulvaire.

— T.R. : pas d'utérus, mais les annexes semblent perçues.

Intervention : Opération de Schubert, janvier 1947 (P. Cotte, P. Santy).

Suites opératoires :

Excellent résultat après quelques dilatations.

Résultat lointain :

S'est mariée un an après l'intervention.

S'est plaint pendant un an de douleurs à la défécation.

Heureuse en ménage.

Donc, bien que l'on n'ait pas revu la malade, il semble que l'on puisse considérer qu'il s'agit d'un bon résultat.

OBSERVATION N° 7

Fav... Simone, 18 ans. Opération de Schubert, février 1947.

Examens pré-opératoires :

Caractères sexuels normaux.

T.V. impossible, T.R. ne montre rien.

Intervention : Opération de Schubert, février 1947.

Suites opératoires :

Immédiates simples, avec 900.000 U. de pénicilline.

Résultat lointain (en 1951).

La malade est venue demander si elle pouvait se marier.

Résultat vaginal magnifique.

Durant un an s'est plaint d'incontinence du sphincter anal, qui a repris actuellement sa tonicité.

OBSERVATION N° 8

Gen... Paule, 21 ans. Opération de Schubert, février 1947.

Examen pré-opératoire :

— Caractères sexuels secondaires normaux.

— Douleurs abdominales menstruelles.

— Troubles vaso-moteurs des membres inférieurs.

Pfannenstiel, janvier 1947 : Appendicectomie.

Ovaires gros en position haute, ne présentant ni follicule, ni corps jaune. Chacun a une petite trompe rudimentaire dont on suit le trajet jusqu'à un petit utérus rudimentaire de 2 cm. Ces deux utérus indépendants sont réunis l'un à l'autre par un petit cordon fibreux qui soulève le ligament large et forme une cloison mince entre vessie et rectum.

Intervention : Opération de Schubert, février 1947 (P. Cotte, P. Santy).

Suites opératoires :

Immédiates simples avec 900.000 U. de pénicilline.

— Octobre 1947 : incontinence rectale avec émission de sang au moment de la défécation ; ectropion de la muqueuse rectale ; électrocoagulation.

Résultat lointain (novembre 1955) :

Incontinence des matières totale jusqu'en 1950.

En 1950 : réopération, en dehors du service, pour prolapsus rectal.

Actuellement : la malade se souille toutes les nuits.

Le sphincter ne se contracte pas sur le doigt.

Le résultat vaginal est parfait.

Donc résultat plutôt mauvais.

OBSERVATION N° 9

Mic..., 27 ans. Opération de Schubert, juillet 1948.

Examens pré-opératoires :

Femme mariée en 1946 : rapports impossibles.

T.R. : perception d'une masse pelvienne.

7 juillet 1948 : L.M.S.O. : Appendicectomie.

A droite : ovaire normal au détroit supérieur. Rudiment de pavillon tubaire qui se prolonge vers le haut par le pédicule infundibulo-pelvien, vers le bas par le ligament rond qui disparaît vers la région inguinale et présente un petit nodule du volume d'une fève qui doit être un rudiment utérin.

A gauche : idem, mais pas de rudiment utérin.

La masse perçue à l'examen est en fait un rein ectopique en position pelvienne. Le rein droit est perçu dans la fosse lombaire, le rein gauche, non.

Intervention : Opération de Schubert, 16 juillet 1948 (P. Santy).

Suites opératoires :

Immédiates simples, avec dilatations.

Vulve d'aspect normal.

Le sphincter anal se contracte bien et a une vigilance remarquable.

Résultats lointains :

Interrogatoire : malade satisfaite ; rapports agréables sans jouissance vraie. Mari satisfait.

Vulve d'aspect normal, vagin souple : 2 doigts et 16 cm.

Très légère faiblesse du sphincter anal qui resserre le doigt ; selles normales, retient ses gaz.

Se présente à la selle plus par raison que par besoin.

Donc très bon résultat global.

OBSERVATION N° 10

Lep... Jacqueline, 20 ans. Opération de Schubert, juillet 1949.

Examens pré-opératoires :

Caractères sexuels secondaires normaux.

Aménorrhée.

Vulve d'aspect normal, hymen frangé conduisant sur une fossette vaginale de quelques mm.

T.R. : on est frappé par la béance de l'anus (?).

De chaque côté du pubis : 2 glandes à allure de testicule.

Laparotomie antérieure : pas d'utérus, 2 glandes qui seraient des testicules ont été conservées.

Intervention : Opération de Schubert, 26 juillet 1949 (P. Santy).

Suites opératoires : Très simples.

Rectum : muqueuse légèrement exubérante, sphincter un peu paresseux, minime incontinence aux gaz.

Néo-vagin excellent.

Résultats lointains :

Malade satisfaite, cherche à se marier.

Le vagin est un peu court (index), mais excellent et très perméable.

L'anus est parfait depuis un cerclage au nylon et une injection sclérosante.

Donc bon résultat.

OBSERVATION N° 11

Cha..., 20 ans.

Opération de Schubert le 4 avril 1950.

Examens pré-opératoires :

Pas de règles.

Caractères sexuels secondaires normaux.

Vulve normale.

Dépression vaginale de 3 cm.

Intervention : Opération de Schubert le 4 avril 1950.

Résultats lointains :

Vagin parfait.

Pas d'incontinence ; sphincter parfait.

Pas de besoin.

OBSERVATION N° 12

Ric..., 20 ans. Opération de Schubert le 16 mai 1951.

Examen pré-opératoire :

Caractères sexuels secondaires normaux.

Vulve d'aspect normal, les franges de l'hymen s'ouvrent sur une muqueuse unie sans ébauche de cavité.

T.R. négatif.

Intervention : Opération de Schubert le 16 mai 1951 (P. Santy).

Suites opératoires :

Hématome sacré important.

Fistule recto-vaginale.

Les dilatations vaginales et rectales ont calibré les orifices et assuré la disparition de la fistule.

Résultats lointains :

Le vagin a un calibre respectable et semble utilisé couramment.

Région anale parfaitement contractile et l'ébauche de sclérose est entièrement disparue.

OBSERVATION N° 13

Aur... Liliane, 19 ans. Opération de Schubert le 27 février 1954.

Examens pré-opératoires :

Caractères sexuels secondaires normaux.

Aménorrhée.

L.M.S.O. : en 1951, appendicectomie, absence d'utérus, de trompes, 2 ovaires normaux gros comme une noisette.

U.I.V. et L.B. : normaux.

Intervention : Opération de Schubert le 27 février 1954 (P. Santy, P. Pollosson).

Suites opératoires :

Dilatations vaginales et rectales sous A.G.

Le vagin est souple, mais l'orifice vaginal a une tendance à la sclérose, le toucher à un doigt est douloureux. Il existe également une tendance à la sclérose anale.

Mai 1954 : une lettre de la malade nous apprend qu'elle n'a pas le courage de revenir dans le service, comme prévu, pour poursuivre les séances de dilatation.

Résultats éloignés : en 1955 :

Femme mariée et enchantée.

Se plaint seulement d'incontinence des matières de temps en temps.

Donc résultat assez bon si l'on considère le peu de recul.

OBSERVATION N° 14

Cha..., 19 ans.

Opération de Schubert le 2 octobre 1954.

Examens pré-opératoires :

Aménorrhée. Douleurs abdominales menstruelles.

T.R. : il n'est perçu aucune saillie pouvant faire penser à un utérus.

Laparotomie exploratrice : aucun utérus pelvien. Ovaires normaux, trompes normales reliées à 2 petits utérus qui étaient probablement à l'origine des douleurs accusées par la malade ; ablation (novembre 1949).

La malade sera opérée quand elle désirera se marier.

Intervention : Opération de Schubert le 2 octobre 1954 (Pr. Santy et Pr. Pollosson).

1° Pf. On retrouve les deux ovaires volumineux, l'S iliaque est long, mais collé contre la paroi latérale gauche. On incise le péritoine et on le décolle jusqu'au plancher pelvien, on abaisse le recto-sigmoïde et on fait une péritonisation haute. Fermeture.

2° *Malade en position de Depage :* Incision de la muqueuse vulvaire, libération du tissu cellulaire pour pouvoir passer le rectum.

Temps anal : Dissection du canal anal en remontant haut, on invagine le canal anal dans le décollement vulvaire et on borde la muqueuse anale et la muqueuse vulvaire.

3° *Temps coccygien :* Incision rétro-anale, section de la pointe du coccyx. On arrive dans le décollement et l'on abaisse

l'S iliaque, mais on est gêné par la péritonisation. Section du recto-sigmoïde à 12 ou 13 cm. de l'anus. Fermeture en cœcum du bout inférieur. Abaissement trans-anal du bout supérieur. Le néo-vagin ne paraît pas bien vascularisé.

Suites opératoires : Fistule recto-vaginale longtemps persistante. Dilatation jusqu'à la bougie n° 31.

Décembre 1954 : résultat vaginal parfait malgré la persistance d'une hypersensibilité vaginale, le néo-vagin gagnerait à avoir 3 ou 4 cm. de plus.

Légère incontinence aux matières liquides.

Résultats lointains (mai 1956) :

Femme et mari enchantés, veulent adopter un enfant.

Orifice vaginal normal admettant facilement deux doigts.

Vagin souple et long de 20 cm.

Les rapports sont satisfaisants au point de vue physique et sensuel.

Les envies d'aller à la selle sont normales, le sphincter se contracte bien.

Donc très bon résultat.

OBSERVATION N° 15

Fau... Marie-Thérèse, 20 ans.

Opération de Schubert le 17 novembre 1954.

Examens pré-opératoires (janvier 1952) :

Aménorrhée.

Aucun signe d'imprégnation hormonale cyclique (si ce n'est à la suite d'un traitement hormonal).

Cure de hernie inguinale droite à 8 ans.

Aspect de la vulve, normal : on pénètre dans une cavité vaginale sur 5 à 6 cm. et on est arrêté par une cloison impénétrable.

Laparatomie exploratrice : trompes et ovaires normaux appendus à l'orifice inguinal interne, l'exploration du pelvis montre l'aplasie utérine.

Biopsie de l'ovaire normale.

U.I.V. normale.

Intervention : Opération de Schubert le 17 novembre 1954 (Pr. Santy et Pr. Pollosson).

Temps abdominal : Pf., péritoine libre ; gros ovaires kystiques, moignon utérin inclus dans un ligament large, simple lame péritonéale. On libère le recto-sigmoïde qui est assez long pour être abaissé jusqu'au périnée sans toucher au pédicule hémorroïdal supérieur. Péritonisation très haute. Fermeture.

Temps périnéal : Incision transversale dans le fond de la fourchette vulvaire qui mesure à peine 1 cm. de profondeur. Dissection dans le tissu cellulaire jusqu'à la face antérieure du rectum. Dissection de la muqueuse anale et du canal anal poussée assez haut. Le canal anal est poussé en avant au travers de l'orifice vulvaire, la muqueuse anale est fixée en points séparés à la muqueuse vulvaire.

Temps coccygien : Malade en position de Depage.

Incision rétro-anale sur le coccyx qui est désarticulé. On se retrouve immédiatement dans le décollement pré-sacré qui a été réalisé par l'abdomen. Abaissement facile de l'S iliaque. Section de celui-ci à 13 ou 14 cm. de l'orifice vulvaire.

Fermeture du cul-de-sac du bout inférieur, abaissement transanal du bout supérieur.

Suites opératoires : Petite fistule coccygienne.

Excellent résultat esthétique : entrée vaginale excellente, non suintante ; on dilate la malade jusqu'à la bougie n° 35.

Le sphincter anal se contracte admirablement et son tonus est très satisfaisant.

Aucune perte de matières, mais ne retient pas toujours bien ses gaz.

Résultats lointains :

Rapports absolument normaux avec orgasme.

Aspect vulvaire normal, vagin souple permettant le toucher à 2 doigts.

Femme mariée depuis 3 ans.

Sphincter se contractant bien, ne perd pas ses gaz. Mais aucune envie d'aller à la selle.

Donc bon résultat.

OBSERVATION N° 16

Fou... Ginette, 18 ans.

Opération de Schubert le 4 mars 1958.

Examens pré-opératoires :

Caractères sexuels secondaires normaux.

Consulte d'abord pour aménorrhée, traitement hormonal inefficace.

Mariée depuis 1 an, consulte pour rapports sexuels incomplets.

Cure de hernie inguinale à 7 ans.

Ebauche de vagin de 3 à 4 cm. se terminant par un cul-de-sac.

T.R. : on ne sent pas d'utérus.

U.I.V. : absence d'arbre urinaire droit.

Cystoscopie : absence d'orifice urétéral droit.

Intervention : Opération de Schubert le 5 mars 1958 (Pr. Santy et Pr. Pollosson).

Temps abdominal : Incision de Pf.

Le petit bassin est entièrement vide. L'ovaire droit est volumineux et porte un corps jaune récent, petit rudiment de trompe. L'ensemble est très haut situé, au niveau du détroit supérieur.

L'ovaire gauche manque (la malade porte une incision de cure de hernie).

Pas de trace d'utérus.

On libère le côlon iliaque et le recto-sigmoïde en sous-péritonéal en arrière jusqu'au releveur. En avant, on libère à peine au ras de la vessie.

Péritonisation très haute après avoir placé le côlon sigmoïde dans le petit bassin. Fermeture.

Temps vulvaire : Malade en position de Depage.

Résection de la muqueuse qui occupe le fond de la fossette vaginale. Libération au ras de la fourchette conduisant vers le rectum.

Temps anal : Dissection de la muqueuse du canal anal, en la décollant du sphincter, cette dissection est poussée très haut, on fait passer le canal anal en avant par le trajet venu de la fossette vaginale, on fixe par des points à la soie la muqueuse au pourtour de la fossette.

Temps rectal : Incision coccy-anale. Résection du coccyx. Anus à la face postérieure du rectum remontant dans le décollement fait par le temps abdominal.

Grosse difficulté pour abaisser l'S iliaque, maintenu par le pédicule vasculaire que l'on est obligé de sectionner.

Section du recto-sigmoïde isolant le rectum qu'on ferme en bourse et qui forme le néo-vagin que l'on refoule en arrière.

Abaissement de l'S iliaque dans l'orifice anal. Fixation de la muqueuse à la peau. Fixation de l'S iliaque au releveur.

Deux mèches dans la cavité.

Fermeture partielle au catgut au bas de l'incision.

— *Suites opératoires* : Simples.

— *Résultat* : Vaginale : satisfaisant. Petite sténose rectale : dilatations.

OBSERVATION N° 17

Peg... Christiane, 25 ans.

Opération de Schubert le 4 juin 1958.

Examens pré-opératoires :

Caractères sexuels secondaires normaux.

Aménorrhée, douleurs abdominales menstruelles.

Cupule vaginale profonde de 5 cm.

Laparotomie exploratrice en novembre 1949.

Des deux côtés : trompes et ovaires normaux, petit utérus bifide et atrophique : exérèse.

Sera opérée avant mariage.

Intervention : Opération de Schubert le 4 juin 1958 (Pr. Santy, Pr. Pollosson).

1° *Temps abdominal* : Pf. itératif. On retrouve les trompes et ovaires. Le Douglas est étroit. L'S iliaque est très long. Libération de l'S iliaque après incision du péritoine pariétal et désinsertion du méso inférieur. Péritonisation haute.

2° *Temps vulvaire* : résection circulaire de la muqueuse vaginale, dissection du plancher urétro-vésical et du plan antérieur du rectum.

3° *Temps anal* : dissection haute du canal anal, on fixe la muqueuse ano-rectale, attirée en avant, à la muqueuse vaginale.

4° *Temps coccygien* : incision médiane à la face postérieure du coccyx, dissection de celui-ci. Abaissement de l'intestin sectionné à 15 cm. de la partie vulvaire. Fermeture en cæcum de la partie inférieure, abaissement et fixation de la partie supérieure. Fermeture de la brèche coccygienne en rapprochant les releveurs.

OBSERVATION N° 18

Pro... Marie-Jeanne, 20 ans.

Opération de Schubert le 9 juillet 1958.

Examens pré-opératoires :

Caractères sexuels secondaires normaux.

Aménorrhée (non guérie par traitement hormonal antérieur).

Orifice vaginal de 2 cm. de profondeur.

T.R. : à gauche, masse non identifiable.

Intervention : Opération de Schubert le 9 juillet 1958 (Pr. Santy et Pr. Pollosson).

Pf. On découvre le moignon utérin dans un repli péritonéal, de chaque côté ovaires volumineux et normaux. En arrière, S iliaque long que l'on dissèque aussi bas que possible, on vérifie le pédicule hémorroïdal supérieur, on abaisse l'ensemble de l'S iliaque et on fait une péritonisation aussi haute que possible. Fermeture de l'abdomen.

En position de Depage : Résection de la pastille muqueuse de la fossette vaginale, décollement du tissu cellulaire en direction du rectum, dissection du canal anal aussi haut que possible, on reprend le trajet amorcé par la vulve et on engage dans ce tunnel le canal anal disséqué et l'extrémité inférieure du rectum. On fixe par une série de points au lin le pourtour du canal anal au pourtour de la fossette vaginale.

Incision du coccyx à l'anus, résection du coccyx axée sur la face postérieure du rectum, extériorisation de l'ampoule rectale en abaissant la partie inférieure du sigmoïde. On sectionne à l'union recto-sigmoïdienne, on ferme en deux plans le bout inférieur, on refoule l'ensemble en avant pour constituer le nouveau vagin. On abaisse ensuite l'S iliaque en sectionnant le pédicule postérieur. On amène l'S iliaque au sphincter anal et on le fixe par quelques points de lin au tissu cellulaire péri-anal. On conserve à l'extérieur un

segment de 2 cm. de long. On fixe l'S iliaque au releveur par quelques points, on referme partiellement la brèche et on laisse une mèche.

Suites opératoires le 2 août 1958 : Suites simples. Au 8^e jour, résection d'une collerette de muqueuse anale.

Quitte le service le 3 août 1958, va bien. Le canal anal nécessitera quelques séances de dilatation, car il existe une ébauche de rétrécissement à 2 cm. de l'anús.

Le néo-vagin ne présente pas de rétrécissement, mais n'admet guère plus d'un doigt et les dilatations sont sans doute nécessaires avant le mariage de la malade, qui doit avoir lieu dans un mois.

Résultat lointain :

Malade mariée. Bon résultat.

Sphincter anal : parfait ; absence de besoin.

Obs.	Age	Date Intervention	Laparotomie	Suites immédiates	Soins post-opératoires	Ancienneté	Vagin	Sphincter anal
1	19 ans	Mars 1944	+	Fistule : 3 mois	Dilatation	11 ans	Parfait	Absence de besoin
2	20 ans	Fév. 1945	+	Simple	Dilatations vag. et rect. longtemps prolongées	10 ans	Bon	Léger rétrécissement
3	22 ans	Avr. 1945	Castration	Plastie urétrale	Dilatations vaginales	10 ans	Bon	Aucun trouble
4		Mai 1946	0	Fistule : 4 mois	0	9 ans	Parfait	Envie fréquente
5	28 ans	Nov. 1946	0			9 ans	Bon	Aucun trouble
6	20 ans	Janv. 1947	0	Simple	Dilatations	2 ans	Bon	Douleurs à la défécation
7	18 ans	Fév. 1947	0	Simple	0	4 ans	Très bon	Aucun trouble
8	21 ans	Fév. 1947	+	Ectropion muq. anale	Electrocoagulation	3 ans	Parfait	Incontinence nocturne
9	27 ans	Juil. 1948	+	Simple	Dilatations	7 ans	Parfait	Absence de besoin
10	20 ans	Juil. 1949	+	Simple			Bon	Aucun trouble
11	20 ans	Avr. 1950	0	Simple		9 ans	Parfait	Absence de besoin
12	20 ans	Mai 1951	0	Fistule recto-vag.	Dilatations vaginales	4 ans	Parfait	Aucun trouble
13	19 ans	Fév. 1954	+	Tendance à la sclérose	Dilatations vag. + rec.	1 an	Bon	Incontinence
14	19 ans	Oct. 1954	1 ^{er} temps du Schubert	Fistule recto-vag.	Dilatations	2 ans	Parfait	Aucun trouble
15	20 ans	Nov. 1954	1 ^{er} temps du Schubert	Fistule	Dilatations	3 ans	Parfait	Absence de besoin
16	18 ans	Mars 1958	1 ^{er} temps du Schubert	Simple	Dilatations rectales			
17	25 ans	Juin 1958	1 ^{er} temps du Schubert					
18	20 ans	Juil. 1958	1 ^{er} temps du Schubert	Simple	Dilatations rectales	1 an	Parfait	Absence de besoin

OBSERVATION A

Gre... Elise, 21 ans. Greffe par le procédé de Brindeau.

Examens pré-opératoires :

Caractères sexuels secondaires normaux.

Aménorrhée (malgré un traitement hormonal).

Crises douloureuses menstruelles.

Psychisme assez instable.

Fossette vaginale profonde de 3 cm.

Examen urologique : Rein unique médian, sacro-coccygien.

Après échec de la manœuvre de Frank, on décide :

Intervention (31 mars 1950) :

Plastie vaginale avec greffe suivant le procédé de Brindeau.

Suites opératoires :

Suites douloureuses avec suppuration et lâchage des sutures. Expulsion du moule.

Un mois après l'intervention : ébauche d'épidermisation ; sphacèle de l'urètre.

Mise en place d'un moule plus petit.

4 mois après : ablation du moule.

Vaste cavité vaginale souple avec muqueuse vaginale normale, petite sténose orificielle.

Fistule uréthro-vaginale, non gênante après le sphincter.

Résultats lointains (4 ans après) :

Malade mariée depuis 2 ans, vagin « merveilleux », dit-elle.

Vagin large et souple, mais un peu court.

Quelques ennuis urinaires (calculs vésicaux ?).

Bon résultat.

OBSERVATION B

Fri... Suzanne. Moule sans greffe.

Examens pré-opératoires :

Caractères sexuels secondaires normaux.

Femme calme et compréhensive (infirmière).

Aménorrhée, mais signe d'imprégnation hormonale cyclique.

Cul-de-sac vaginal de 3 cm.

T.R. : on ne sent pas d'utérus.

Echec des tentatives de dilatation instrumentales (Frank).

Laparotomie exploratrice :

Petit utérus bifide, médian, avec deux longues cornes utérines. Ovaires normaux.

Appendicectomie, conservation utérine.

Intervention :

Moule, avec gouttière supérieure, sans greffe.

Suites opératoires :

Deux mois après l'intervention, ablation du moule :

Sur 4 cm., muqueuse vaginale parfaite (provenant du vagin périnéal).

Plus profondément, tissus de bourgeonnement sans trace d'épithélisation.

Résultats lointains :

Femme mariée 3 mois après l'intervention, satisfaite, rapports normaux. Persistance des douleurs menstruelles.

Néo-vagin : entrée large, profond de 8 cm.

OBSERVATION C

Sab... Germaine, 19 ans. Moule sans greffe : greffe secondaire.

Examens pré-opératoires :

Aménorrhée (malgré un traitement hormonal).

Caractères sexuels secondaires normaux.

Pas de signe d'imprégnation hormonale cyclique.

Fossète vaginale de 3 cm.

U.I.V. : normale.

Laparotomie exploratrice : 2 héli-utérus atrophiques, ovaires scléro-kystiques ; Douglas très profond : péritonisation haute.

Intervention (10 octobre 1952) : Moule dans le décollement recto-vésical.

Suites opératoires :

3 mois après l'intervention : est rentrée chez elle un peu de sang dans les selles : le moule bombe considérablement dans le rectum.

Ablation du moule : grande cavité vaginale sans trace d'épidermisation.

Réintervention (4 mars 1959) : Greffe secondaire sur moule.

Un mois après, aucune épidermisation.

Malgré les soins constants et les dilatations, apparition d'une sclérose progressive inéluctable.

4 mois après : vagin de 2 cm., avec un bloc de tissus scléreux au fond.

Echec complet.

OBSERVATION D

Hel... Jacqueline, 18 ans. Greffe de Lagrot, 15 octobre 1954.

Examens pré-opératoires :

Caractères sexuels secondaires normaux.

Aménorrhée (malgré un traitement hormonal).

Fille unique, la mère ne veut pas d'une intervention ayant un risque vital.

U.I.V. : normale.

Laparotomie exploratrice : 12 juin 1953.

Deux héli-utérus atrophiques, ovaires normaux, appendicectomie.

On fera une greffe avant le mariage.

Intervention (15 octobre 1954) :

Décollement recto-vésical, avec accident rectal réparé.

Greffe prélevée sur la cuisse, mise en place sur moule.

Suites opératoires :

26 octobre 1954 : ablation du moule, la greffe semble avoir pris.

Résultat lointain :

Vagin de 10 cm.

Petite fistule recto-vaginale peu gênante.

Bon résultat.

OBSERVATION E

Bet... Marinette, 24 ans. Greffe de Lagrot (25 mai 1954).

Examens pré-opératoires :

Caractères sexuels secondaires normaux.

Aménorrhée, sans signe d'imprégnation hormonale cyclique.

Psychisme normal : femme intelligente et coopérante.

Cul-de-sac vaginal de 3 cm.

T.R. : pas d'utérus perçu.

Intervention : 25 mai 1954 (P. Lagrot).

Greffe sur moule dans le décollement recto-vésical.

Suites opératoires :

3 juin 1954 : ablation du moule ; la greffe semble bien prise sauf en deux points.

11 juin 1954 : on change les compresses et le moule : la greffe semble s'être éliminée. Mise en place d'une bougie n° 35.

24 juin 1954 : mise en place d'un moule à deux gouttières.

7 septembre 1954 : ablation du moule : l'épidermisation a un peu progressé.

Résultat lointain : juillet 1955, lettre de la malade.

Femme très satisfaite avec vie conjugale normale.

Bon résultat.

OBSERVATION F

P... Yvette, 23 ans. Greffe de Lagrot (25 mai 1954).

Examens pré-opératoires :

Caractères sexuels secondaires normaux.

Aménorrhée (malgré un traitement hormonal).

Appendicectomie en 1954 : découverte de l'aplasie vaginale.

Tentative de vaginoplastie par greffe pédiculée : échec.

Ablation d'un utérus atrophique en 1950.

U.I.V. : normale.

Intervention (28 mai 1954) :

Greffe de Lagrot.

Suites opératoires :

14 juin 1954 ; la greffe a pris dans sa totalité.
Quitte le service en continuant les dilatations.

Résultats lointains (novembre 1954) :

Femme mariée et satisfaite.

Résultat anatomique et fonctionnel parfait.

DEDOUBLEMENT RECTO-VESICAL

RESULTATS LOINTAINS

Obs.	Date	Age	Type	Suites immédiates	Soins post-opératoires	Ancienneté résultat	Vagin
A	Mars 1950	21 ans	Brindeau	Suppuration Grefe éliminée Fist. uréto-vag.	Moule pendant 4 mois	4 ans	Court mais large Satisfaisant
B			Moule sans greffe		Moule 4 mois et ensuite 4 mois la nuit		Court mais large Satisfaisant
C	Oct. 1952	19 ans	Moule sans greffe greffe II	Sclérose progressive	Dilatation	4 mois	Sclérose totale Echec
D	Oct. 1954	18 ans	Grefe de Lagrot	Fistule recto-vag.	Calibrage		Bon vagin
E	Mai 1954	24 ans	Grefe de Lagrot	Grefe éliminée	Bougie n° 35 Moule à deux gouttières 6 mois	1 an	Femme satisfaite
F	Mai 1954	25 ans	Grefe de Lagrot	Bonne tenue de la greffe	Dilatation	8 mois	Bon résultat

ETUDE CRITIQUE ET VALEUR DES DIFFERENTS PROCEDES

Ce chapitre doit être envisagé sous le double sens :

- risque opératoire qui doit être minime ou nul pour une telle affection ;
- résultats anatomique et fonctionnel.

1. — Risque opératoire

C'est la bénignité de l'intervention et l'absence de tout risque opératoire qui fait la valeur des différents procédés de greffes ou d'épidermisation simple après création d'un néo vagin.

La sécurité et l'absence de tout danger vital est un argument dans la décision opératoire qui est le fait non seulement du chirurgien, mais aussi de la malade et de sa famille.

La famille exige souvent la certitude de cette sécurité et il est bien certain que seuls ces procédés permettent de la lui donner, réserve faite encore des ennuis anesthésiques possibles. En face de cette demande bien justifiée, il est évident qu'il faudra se résoudre à refuser les plasties intestinales et à choisir la dissection simple d'un néo vagin et son recouvrement par l'une des méthodes exposées.

Pour le chirurgien, cette même question peut entrer en ligne de compte lorsqu'existent d'autres anomalies congénitales ou autres, augmentant de façon appréciable le risque opératoire.

Une brièveté anormale du méso-sigmoïde est une contre-indication à une opération de Schubert. Mais ce sont surtout les anomalies réno-urétérales qui entrent en ligne de compte. Une *urographie intra-veineuse* est indispensable avant toute décision pour le choix de la technique. L'existence d'un rein unique, d'un rein pelvien, d'un rein médian doit être décelée. Nous avons refusé une plastie rectale à une jeune malade porteuse d'un rein unique médian à uretère très court, une blessure possible de celui-ci au cours d'une intervention de Schubert était un risque disproportionné qu'il n'était pas possible de prendre.

Rappelons en effet quelques taux de mortalité des plasties intestinales :

— *Procédé de Baldwin* :

Rivière : 14 %.

Robinovitch : relève pour 242 cas opérés par 127 chirurgiens différents un taux de mortalité de 9 %.

Wagner, Gibald : 13 %.

Mortolomei : 23,6 % sur 55 cas.

— *Procédé de Schubert* :

Schubert : 3,79 % sur 158 cas (1933).

Beuthen : 3,70 % sur 135 observations.

Rabinovitch : 8,10 % sur 148 observations.

Wagner : aucun décès sur 57 observations.

Cotte, Pollosson, Santy : aucun décès sur 18 observations.

2. — Valeur anatomique et fonctionnelle des différents procédés

Les desiderata légitimes de la famille, la mesure pour le chirurgien du risque opératoire, entrent donc dans la balance lorsqu'il s'agit de proposer une méthode thérapeutique.

Le second point est le devenir lointain que peut escompter la malade de telle ou telle intervention.

2 — *Valeur anatomique et fonctionnelle des différents procédés.*

Nous n'avons pas l'expérience des greffes pédiculées. Autrefois en honneur, elles sont pratiquement abandonnées aujourd'hui. La sécheresse et la pilosité sont souvent gênantes et à ces inconvénients s'ajoute celui de la cicatrice des prélèvements de greffes, toujours inesthétiques.

Nous n'avons pas utilisé non plus le procédé de Baldwin : la perméabilité durable de cet intestin grêle est bonne, mais le résultat fonctionnel n'est pas toujours parfait : la sécrétion muqueuse persiste souvent, abondante et gênante, et des douleurs mésentériques accompagnent souvent les rapports sexuels.

C'est donc en fait :

— d'une part la vagino-plastie simple ou avec greffes libres ;

— et d'autre part le procédé de Schubert, que nos observations nous permettent de juger.

a) *Décollement recto-urétro-vésical, avec ou sans greffe.*

Nous rapportons 6 observations de néo-vagin par décollement complété ou non greffe.

1 observation par le procédé de Brindeau de greffe ovulaire. Après suppuration la greffe s'est éliminée puis l'épithélisation fut faite sur moule au bout de 4 mois.

3 observations rapportent des greffes de type Lagrot : 2 sur les 3 se sont éliminées, l'épithélisation là encore s'est faite sur moule au bout de 4 à 6 mois, épithélisation de type vaginal comme le montre une biopsie.

2 observations rapportent des tentatives de moule sans greffe, l'une a mal tourné malgré une greffe secondaire, la sclérose progressive et inéluctable a abouti à un échec

complet. L'autre a eu les mêmes soins de calibrage et de moule pendant 4 mois.

Donc toutes les observations recourent à peu près aux mêmes soins post-opératoires pendant les mêmes délais et si l'on se reporte aux résultats ils sont encore équivalents : toutes ont des vagins larges et courts, secs et indolores et toutes sont également satisfaites malgré la qualité assez moyenne du résultat anatomique.

La greffe par elle-même semble donc inutile puisqu'elle ne favorise pas spécialement l'épithélisation et que son seul intérêt comme la fait remarquer Sicard (Article de la Presse Médicale - 1954) serait de s'éliminer.

Le manque de qualité du résultat est la première critique des procédés utilisant le décollement, mais la longueur des soins post-opératoires est également un facteur défavorable. Au début les séances de dilatation sont pénibles et, garder un moule constamment 4 mois et la nuit 4 mois encore, met à l'épreuve la patience de certaines malades. Nous avons également relevé d'autres ennuis dus à la compression de l'uretère par le moule et dans les dernières tentatives nous avons utilisé des moules avec 2 gouttières, l'une supérieure, pour l'uretère, l'autre inférieure pour favoriser les lavages.

D'autre part la dimension parfois « inhumaine » des moules, n'a jamais permis d'obtenir un vagin plus spacieux. Notre Maître, le Professeur Pollosson, se propose dans ses prochaines interventions d'utiliser cependant une greffe de peau libre placée en coiffe sur le moule, pour éviter la sclérose du fond vaginal et l'apparition d'un fond en entonnoir.

b) *Le procédé de Schubert*

assure à la malade un résultat anatomique et fonctionnel excellent. L'ensemble des auteurs est unanime sur ce point et il est classique de dire que, à l'examen de cette vulve et au toucher vaginal, *un gynécologue pourrait s'y tromper.*

Le toucher donne absolument l'impression d'un vagin normal — absence de col mise à part — Le néo vagin est souple, humide, sans sécrétion gênante bien que les sécrétions digestives puissent faire des concrétions assez caractéristiques ; il ne se rétracte pas secondairement et garde une fois pour toute un calibre normal. Cette cavité vaginale est donc parfaite, tant pour ses normes anatomiques que pour son utilisation fonctionnelle.

Par contre, cette méthode, quelque soit le procédé utilisé, garde quelques inconvénients.

En fait, fistules ou fistulettes, intestinales ou recto-vaginales se tarissent spontanément en un temps variable, qui n'excède guère quelques semaines. Les ectropions de muqueuse anale sont de traitement simple.

La seule réelle critique que l'on puisse faire à cette technique est le trouble, d'importance variable, mais fréquent, que cette utilisation du rectum transplanté en avant et remplacé par l'S iliaque abaissé, peut apporter à la défécation.

En effet, malgré le soin apporté à la dissection du canal anal pour respecter l'intégrité du sphincter, puis lors de l'abaissement de l'S iliaque, la minutie avec laquelle la muqueuse intestinale sera suturée aux téguments de la marge de l'anüs, il persiste fréquemment longtemps après l'intervention, des modifications de la sensibilité du nouveau canal anal qui gênent plus ou moins la fonction d'exonération.

Dans une première période les malades accusent souvent une incontinence plus ou moins importante lorsque le contenu intestinal est de consistance fluide ou semi-fluide. Cette incontinence disparaît toujours spontanément et complètement après un temps variable de quelques semaines à quelques mois. Une incontinence aux gaz peut persister plus longtemps. Une seule de nos malades (Obs. N° 2) a gardé des troubles importants pendant 3 ans.

Après cette période de transition la continence est totale, le sphincter vigilant, se contracte normalement.

Seule persiste l'absence du réflexe de défécation. Il ne s'agit pas d'un problème moteur, mais d'un problème physiologique de sensibilité.

La malade ne perçoit pas le besoin d'exonération ; il faut qu'elle s'éduque à se présenter d'elle-même à la garde-robe, chaque jour ; ou s'aidant au besoin au début de lavements quotidiens ou tous les deux jours. Moyennant cette discipline, les fonctions intestinales sont normales.

Serait-il possible d'améliorer cet état de fait et de garder à la malade le réflexe physiologique ? Le Professeur Pollosson se propose pour les interventions ultérieures de reporter en dedans de l'anús la section de la muqueuse. Au lieu d'amorcer le décollement de l'anús sur la ligne cutanéomuqueuse, il pense le faire à 2 cm environ de cette ligne. La crainte d'un rétrécissement au niveau du rétablissement de la continuité peut-être évitée semble-t-il en extériorisant le sigmoïde abaissé sur 6 à 8 cms et en réalisant le bout à bout quelques jours plus tard.

POSITION ACTUELLE

Nous voudrions, en un court chapitre, préciser les indications actuelles de notre Maître le Professeur Pollosson.

Une jeune fille présente une absence congénitale de vagin, le diagnostic en est confirmé, elle en demande une correction chirurgicale, l'éventualité d'un mariage est proche. Avant de proposer telle ou telle solution, des examens sont d'abord pratiqués :

— Recherche du sexe chromatinien si l'habitus extérieur prête à discussion.

— Recherche soigneuse d'une autre anomalie congénitale ou d'une contre indication médicale à une intervention et en particulier :

— urographie intraveineuse ;

— un lavement baryté enfin précise l'étoffe intestinale dont on pourrait disposer le cas échéant.

Premier cas.

Il n'existe aucune contre-indication (générale, intestinale, urinaire) à une plastie rectale type Schubert, c'est cette intervention qui est proposée à la malade.

Le risque opératoire, minime actuellement mais certain, est exposé à l'intéressée et à sa famille ; la malade est avertie de la possibilité d'ennuis d'ordre sphinctérien, de leur caractère transitoire, de la nécessité ultérieure d'une discipline intestinale.

En contre-partie la perfection du résultat anatomique et fonctionnel peut-être promise.

C'est donc en toute connaissance de cause que la malade et sa famille s'il y a lieu, accepte ou refuse l'intervention.

Celle-ci est faite selon le dernier procédé que nous avons décrit donc avec laparatomie vérifiant le système génital et préparant la libération et l'abaissement du sigmoïde.

Deuxième cas.

L'intervention est refusée par la malade ou il existe une contre-indication qui la fait rejeter par le chirurgien.

Les préférences de notre Maître vont alors au simple décollement recto-urétro-vaginal loin poussé et maintenu par un moule acrylique longtemps gardé, avec au maximum une greffe libre coiffant l'extrémité de moule destinée, nous l'avons dit, à éviter le rétrécissement du fond de cette cavité dont l'épithélialisation simple suivra.

CONCLUSIONS

1° Nous rapportons 24 observations de MM. Cotte, Santy, Pollosson pour absence congénitale de vagin :

— 18 ont été opérées par le procédé de Schubert ;

— 6 ont eu un décollement recto-urétral avec 4 greffes libres, dont une secondaire, une greffe de Membrane ovulaire et 1 décollement simple.

2° Cette statistique permet à notre Maître, le Professeur Pollosson, de rester fidèle, toutes les fois qu'elle est possible, à la plastie rectale type Schubert dont il propose une modification technique avec laparotomie préalable pour vérification génitale et libération du sigmoïde.

Ces 18 Schubert, qui ont tous été opérés par M. le Professeur Santy assisté de M. le Professeur Cotte et de M. le Professeur Pollosson, ne s'accompagnent d'aucun décès et les résultats sont incomparables au point de vue génital. Les minimes ennuis sphinctériens s'amendent toujours spontanément ; seule persiste l'absence de réflexes de défécation qui nécessite une éducation de la malade.

3° Lorsqu'existe une contre-indication à l'intervention de Schubert, les préférences du Professeur Pollosson vont au décollement recto-urétro-vésical simple avec moule longtemps gardé, sans greffe d'aucune sorte ou une simple greffe libre coiffant le fond du néo vagin dont le reste de la cavité s'épithélialise d'elle-même.

4° Un exposé de technique opératoire permet de souligner les modifications successives, Schubert pur, Schubert modifié par Cotte et Santy, Schubert modifié par Santy et Pollosson (3° manière) qui en somme aboutissent à une simplification appréciable et à des résultats très satisfaisants.

Vu ;

Le Doyen :

H. HERMANN

Le Président de Thèse :

Professeur POLLOSSON

Vu et permis d'imprimer.

Lyon, le 1^{er} Juillet 1959

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université

A. ALLIX

BIBLIOGRAPHIE

- BRINDEAU. — Création d'un vagin artificiel à l'aide des membranes ovulaires d'un œuf à terme. *Gyn. et Obst.*, 1946, T. 45, p. 417, et *Gyn. et Obst.*, 1934, T. 1, p. 385.
- COTTE. — Création d'un vagin artificiel par le procédé de Schubert. *Ass. Ac. Ch.*, 1938, Tr., p. 1365.
- COTTE et SANTY. — Création d'un néo-vagin par la méthode de Schubert. *Mém. Acad. Chir.*, 1948, T. 74, n° 1082, p. 54.
- *Lyon Ch.*, 1948, T. 43, N° 3, p. 257 ; *Lyon Ch.*, T. 38, p. 603.
- GILLET. — Contribution à l'étude des différents procédés de création d'un vagin artificiel. *Thèse Lyon*, 1938.
- MALINAS. — L'absence congénitale de vagin. Etude clinique. embryologique, biologique. Indications thérapeutiques. *Thèse Paris*, 1951.
- MATHIEU. — XII^e Congrès Français de Gynécologie, 1949.
- PHILIPPE. — Etude critique du traitement des vagins artificiels par les greffes et les moules. *Thèse Lyon*, 1954.
- POLLOSSON. — La place des greffes et des moules dans le traitement des absences congénitales de vagin. *Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst. de Langue Française*, année 1955, T. 14, p. 356.
- POLLOSSON, DUBOIS. — A propos de la voie haute dans l'opération de Schubert. XVI^e Congrès des Sociétés de Gynécologie. *Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst. de Langue Française*, Année 1955, T. VII, p. 398.
- ROBERT. — Traitement chirurgical par la voie abdominale des grandes aplasies vaginales. Rapport Congrès Gynéc. Bruxelles, XVI^e Congrès, 1955. *Bull. F. Soc. Gyn. et Obst.*, T. 7, p. 71.
- SCHUBERT. — La formation d'un vagin artificiel aux dépens du rectum. Ferd E., Editeur, Stuttgart, 1936.

SHIRODKAR. — Rapport sur la technique du vagin artificiel ou vagino-plastie. *Compte rendu Soc. Fr. Gyn.*, 1957, T. 22, p. 154.

SICARD. — Création d'un vagin artificiel par simple épithélisation sur moule. *Presse Médicale*, nov. 1954, p. 1625.

SNÆCK et GHILAIN. — Traitement des anomalies pathologiques congénitales de la vulve et du vagin. Rapport XVI^e Congrès Gyn. Bruxelles, 1955. *Gyn. et Obst.*, 1955, T. 7, p. 4.

WAGNER. — Réfection du vagin suivant les techniques de Schubert : grossesse. *Arch. Gynäk.*, 1923, p. 120.

— Nouveaux cas avec grossesses répétées. *Zbl. Gynäk.*, 1927, T. 51, p. 1302.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Historique	11
Etude anatomique	13
Etude embryologique	17
Etude clinique	19
Indication opératoire	21
Légitimité de l'intervention	23
Méthodes thérapeutiques	25
Observations	37
Etude critique et valeur des différents procédés	61
Position actuelle	67
Conclusions	69
Bibliographie	71

